

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**DINAMICA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
CON QUIMIOTERAPIA EN EL IREN**

Tesis presentada por la Bachiller

ALEJANDRA ESTEFANIA LAZO DEL CARPIO

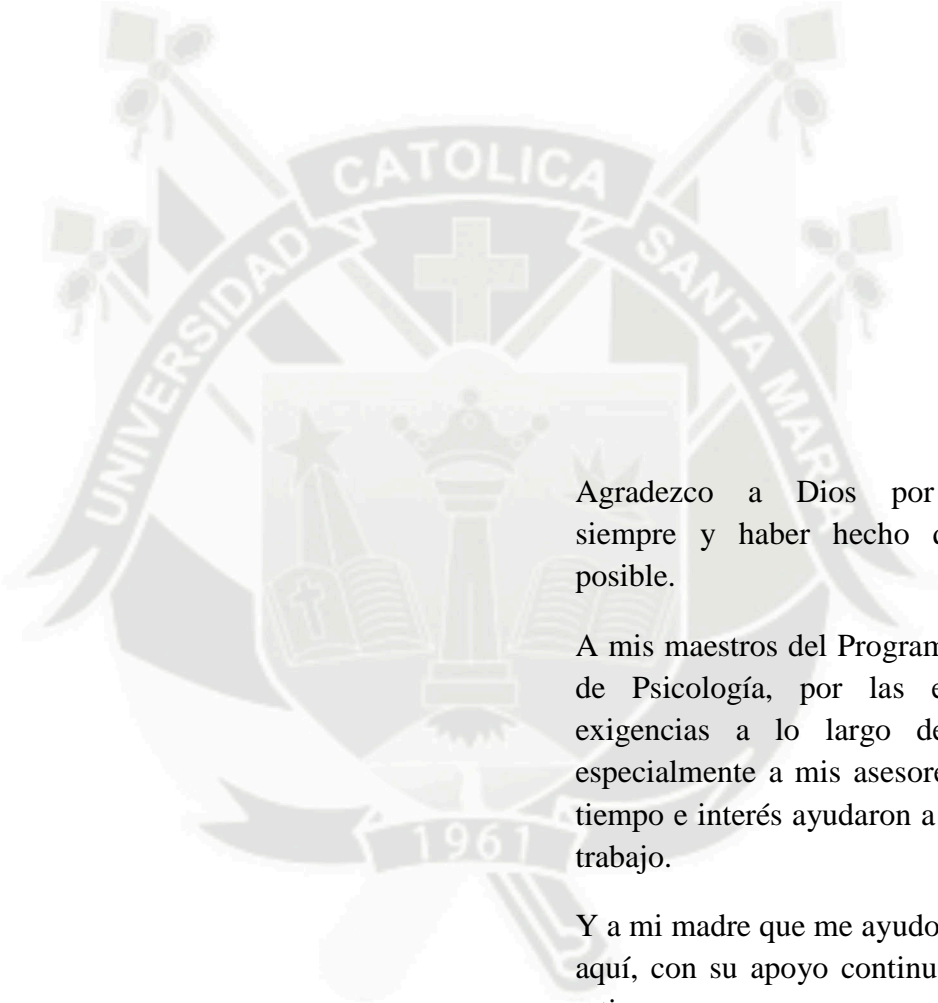
Para obtener el Título Profesional de

Licenciada en Psicología

AREQUIPA – PERÚ

2015

Agradecimientos

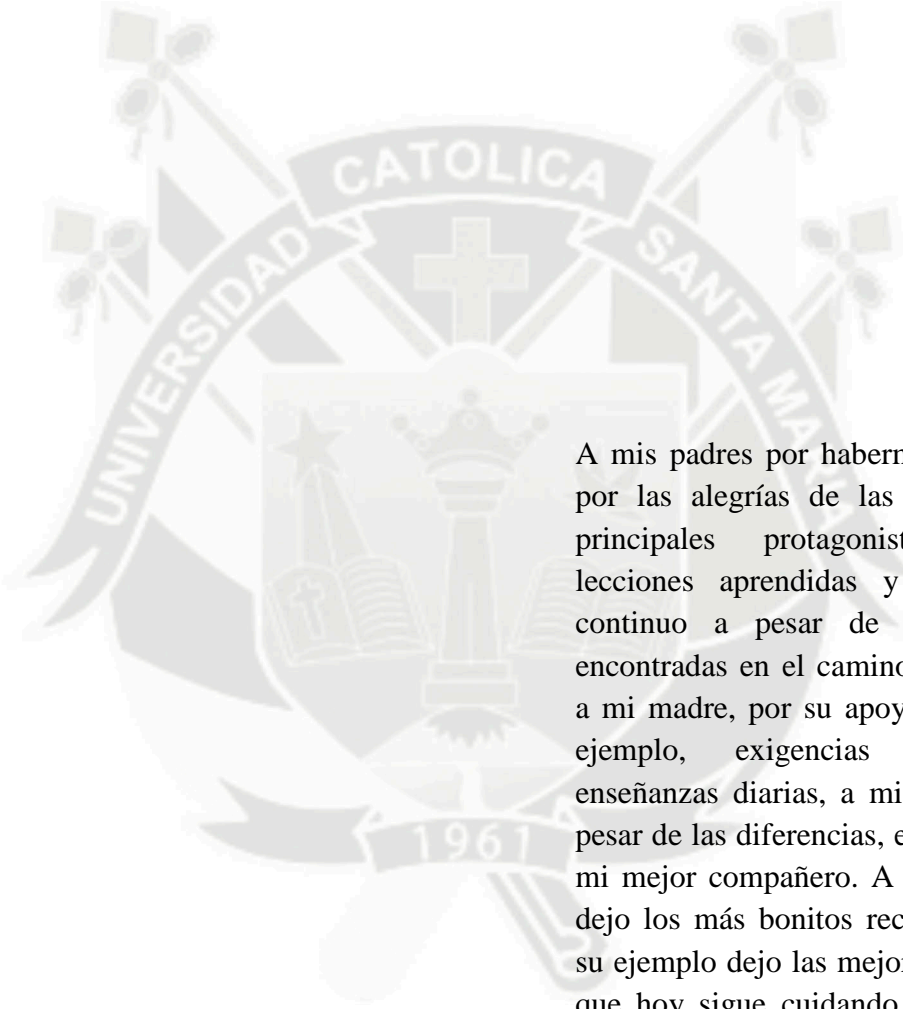


Agradezco a Dios por bendecirme siempre y haber hecho que esto sea posible.

A mis maestros del Programa Profesional de Psicología, por las enseñanzas y exigencias a lo largo de la carrera, especialmente a mis asesores que con su tiempo e interés ayudaron a culminar este trabajo.

Y a mi madre que me ayudo a llegar hasta aquí, con su apoyo continuo, motivación y tiempo.

Dedicatoria



A mis padres por haberme dado la vida, por las alegrías de las que fueron los principales protagonistas, por las lecciones aprendidas y por el apoyo continuo a pesar de las dificultades encontradas en el camino. Especialmente a mi madre, por su apoyo incondicional, ejemplo, exigencias constantes y enseñanzas diarias, a mi hermano que a pesar de las diferencias, es y será siempre mi mejor compañero. A esa persona que dejó los más bonitos recuerdos, que con su ejemplo dejó las mejores enseñanzas y que hoy sigue cuidando de mí desde el cielo. A mis amigas de universidad que más que compartir un libro y una noche de estudio compartieron momentos inolvidables de los que quedaran las mejores anécdotas. Y a todas aquellas personas que forman y formaron parte de mi vida.

Índice

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria	3
Índice	4
Resumen	6
Abstract	7
Capítulo I: Marco Teórico	8
Introducción	9
Variables.....	13
Objetivos	14
Antecedentes Teóricos	15
Familia.....	15
Hipótesis.....	38
Capítulo II: Diseño Metodológico	39
Diseño de Investigación	40
Técnica.....	40
Instrumento.....	40
Población y Muestra	42
Estrategia de Recolección de Datos.....	42
Criterios de Procesamiento de la Información	43
Capítulo III: Resultados	44
Conclusiones	55
Sugerencias.....	56
Limitaciones	56

Referencias.....	57
Anexos.....	63



Resumen

El presente estudio tiene como propósito evaluar la relación entre familia funcional y disfuncional y el nivel de depresión en los pacientes con cáncer y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Se evaluó la relación entre dos factores funcionalidad familiar, disfuncionalidad familia y niveles de depresión en pacientes con cáncer, mediante la administración de dos pruebas Escala de depresión de ZUNG y cuestionario Apgar Familiar, a modo de entrevista personal a 140 pacientes de diferente sexo, mayores de 20 años, con diagnóstico de cáncer, internados en el IREN, recibiendo quimioterapia durante los meses de Agosto a Noviembre del 2014. Los resultados muestran que el 89.3% de los pacientes presenta depresión que va de leve a severa y en 67.8% de las familias de los pacientes hay disfunción familiar, mediante la prueba de chi cuadrado p (0.01) se encontró que existe correlación entre funcionalidad familiar y depresión. Finalmente no se encontró correlación entre sexo del paciente, tiempo de enfermedad, depresión y disfunción familiar.

Palabras clave: Dinámica Familiar, Cáncer, Quimioterapia, Depresión.

Abstract

This study aims to establish the association between functional and dysfunctional family and the level of depression in patients with cancer chemotherapy IREN. The relationship between two factors was established by applying two tests depression scale Zung and questionnaire Family Apgar, by way of personal interviews with 140 patients of different sex, age 20, diagnosed with cancer admitted to the IREN receiving chemotherapy during the months of August to November 2014. The results show that 89.3% of patients have depression ranging from mild to severe in 67.8% of families of patients no family dysfunction, using the chi square test $P < (0.01)$ it was established that no relationship between family functioning and depression levels. No relationship was found in the presence of depression, family functioning between men and women, nor between the time of illness depression and family functioning. Finally, no correlation was found between the time of illness, depression and family dysfunction. Finally, no correlation was found between the Patient Sex, time of illness, depression and family dysfunction.

Key words: Family Dynamics, Cancer, Chemotherapy, Depression



Capítulo I: Marco Teórico

Introducción

El rol que desempeña la familia y su dinámica en la determinación de la salud constituye un tema que amerita mayor atención en el marco de un sistema de salud integral. Dado que la familia es considerada como uno de los ejes en la calidad de vida del ser humano. Los perfiles profesionales del equipo de salud contemplan objetivos y acciones relacionadas con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis de la situación de salud familiar, aspecto que implica la consideración de esta como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria. Sin embargo, aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyen a la consideración de la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones (Louro, 2003).

La depresión en pacientes con cáncer puede incrementar el riesgo de muerte, por tal motivo es importante considerar el abordaje de esta psicopatología a fin de incrementar las posibilidades de recuperación en el paciente (Valerio, 2005).

Los cambios demográficos, económicos y ambientales, han repercutido en todos los aspectos de nuestras vidas, entre ellos la incidencia de enfermedades como el cáncer, que irrumpe en todos los aspectos de la vida de los pacientes y sus familias, engendra miedo, produce incertidumbre, etc., originando significativas demandas para todos.

En el umbral del siglo XXI cuando el progreso de la ciencia ha permitido el control de diversos tipos de cáncer en los países desarrollados, estos siguen siendo un problema de salud en los países en vías de desarrollo como el Perú, donde la falta de prevención, diagnóstico y soporte terapéutico integral son aun factores que perpetúan la situación, hay todavía un intenso temor que acompaña

a su detección, miedo a la muerte, al dolor a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado al progreso de la enfermedad (Solidoro, 2006).

Por otro lado teniendo en cuenta que desde el momento del diagnóstico tanto el paciente como la familia se ven afectados ya que la sola noticia de enfrentar esta enfermedad genera gran tensión emocional con consecuencias físicas y psicológicas. El impacto mutuo entre el funcionamiento psicosocial, familiar y la salud física ha sido considerado y estudiado desde los años 20, destacando desde ese entonces la inclusión de la familia en la medicina, ya que la familia es considerada un sistema dinámico, cuya propiedad básica es que un cambio en uno de sus miembros provoca modificaciones sobre los demás. Teniendo en cuenta estas teorías se realizó un estudio sobre pacientes oncológicos y sus familias en el cual se relacionó el funcionamiento familiar y la adaptación psicológica en oncología, dicho trabajo tuvo como objetivo analizar de qué manera el funcionamiento y apoyo social de la familia influiría en la adaptación al proceso oncológico, para ello se analizaron diferentes factores como el tipo de Familia, estructura y el nivel de ajuste psicológico, al finalizar la investigación se pudo verificar que las familias funcionales presentan una menor afectación emocional en relación a las familias disfuncionales (Cortes, 2012).

Por el incremento de la enfermedad del cáncer, surgió la necesidad de descentralizar el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y se implementa el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) en la provincia de Arequipa para brindar ayuda y asistencia a todas las personas que padezcan de esta enfermedad y así puedan acceder más fácilmente a una atención y recuperación, el IREN una organización líder y de primera opción para atención del cáncer en el ámbito macro regional del sur el cual desarrolla procesos de mejora continua de calidad en la oferta de servicios asistenciales de excelencia y gratificantes a la demanda de sus

pacientes y trabajadores (Iren, 2008). Existen evidencias de que cuanto más integrativo sea el abordaje de los pacientes oncológicos, más posibilidades tiene la persona de preservar la calidad de vida para sí mismo y su entorno familiar (Rosenfeld, 2011).

Desde hace décadas y dentro de la comunidad científica los aportes teóricos y técnicos de los enfoques Psicoterapéuticos Cognitivos pasaron a convertirse en una herramienta valiosa, al brindar una variedad de recursos para enfrentar distintas problemáticas, entre ellas, la del paciente con cáncer y su grupo de soporte familiar. Está demostrado que este tipo de intervenciones psicoterapéuticas son eficientes, adaptables y benefician tanto al paciente como a su entorno. Ponen énfasis en el autocontrol, la autoeficacia, la optimización y administración racional de recursos de los consultantes. Mejora la adherencia a tratamientos médicos, contribuyen al desarrollo de resiliencia, a la flexibilización de los sistemas de creencias del paciente y de la familia acerca de la imagen de sí mismo, del mundo que los rodea y del futuro, de la influencia de esto sobre su emocionalidad y condicionamiento de conductas (Rosenfeld, 2011).

La incidencia de cáncer en el Perú es de 150 casos x 100 000 habitantes. Este ocupa el segundo lugar de las causas mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada (Salazar y cols, 2013).

En este contexto se hace necesario investigar la asociación entre la dinámica familiar y la depresión en pacientes oncológicos con quimioterapia del IREN, lo que permitirá a futuros profesionales de la salud mental incorporar una terapia integral que ayude al paciente y a su entorno familiar a tener calidad de vida .

Problema de Investigación

¿Los pacientes oncológicos del IREN pertenecientes a una familia funcional presentan menor grado de depresión que los que pertenecen a una familia disfuncional?

Interrogantes Secundarios

¿Qué diferencia hay en los niveles de depresión entre hombres y mujeres con cáncer del IREN?

¿Qué diferencias hay en el funcionamiento familiar entre hombres y mujeres del IREN?



Variables

Variable 1: Familia funcional y familia disfuncional

Definición operacional:

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que los miembros de este grupo son capaces de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Alegre y Suarez, 2006).

Se presentara en tres niveles, altamente funcional, moderadamente funcional y severamente disfuncional.

Smilk Stein creo el instrumento de auto aplicación APGAR familiar, instrumento que indica de una manera rápida y sencilla la capacidad funcional de la familia esto reflejado en el grado de satisfacción y armonía en la vida familiar percibida en el momento de la aplicación.

Variable 2: Depresión

Definición operacional:

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por una serie de síntomas no solo emocionales sino también de efecto dominante, fisiológico, psicomotor entre otras perturbaciones, en la escala de Zung se evalúan estos 4 síntomas (afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica) en un cuestionario de 20 preguntas calificadas con una puntuación del 1 – 4 las cuales se miden en niveles de normal, ligeramente, moderadamente y severamente (Zung, 1965).

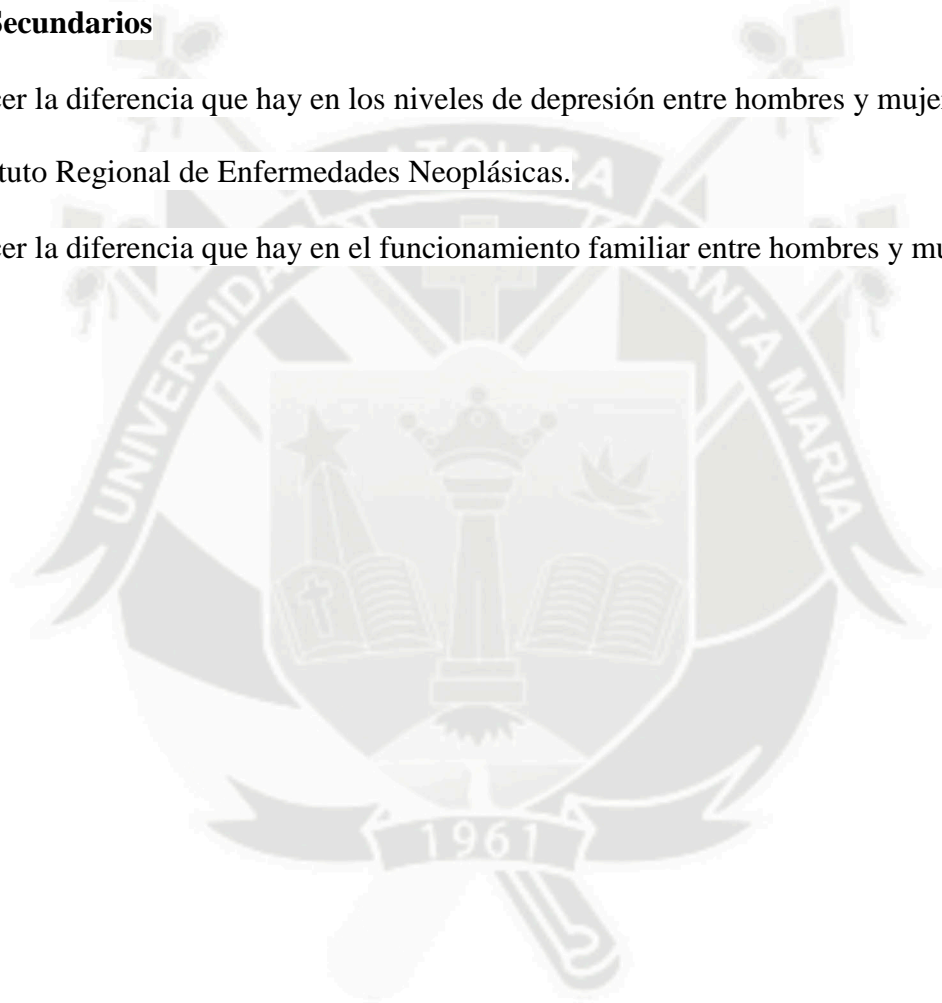
Objetivos

Objetivo General

- Establecer la correlación entre la familia funcional y disfuncional y el nivel de depresión en los pacientes con cáncer y quimioterapia del IREN.

Objetivos Secundarios

- Establecer la diferencia que hay en los niveles de depresión entre hombres y mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Establecer la diferencia que hay en el funcionamiento familiar entre hombres y mujeres del IREN



Antecedentes Teóricos

Familia

Según el Instituto Interamericano del Niño IIN considera que la familia, es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

Según Smilkstein, la familia es el Grupo Psicosocial que se encuentra conformado por el paciente y una o más personas que vivan con el paciente o mantengan un vínculo bastante estrecho, entre los cuales hay un compromiso, los de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero (Sinche y Suarez, 2006).

Friedman (1992, citado por Galindo, 1996) refiere que la salud de la familia es más que la suma de sus partes, es decir va más allá que sumar el nivel de salud de cada uno de sus miembros. Este autor señala que el estado funcional de una familia es la resultante de lo que la familia hace para satisfacer las necesidades de los miembros individuales mediante el cumplimiento de las cinco funciones familiares: afectiva, socialización, cuidado a la salud, reproductiva y de enfrenamiento. La OMS (1974, citado por Galindo, 1996) afirma que en la salud familiar se debe considerar el funcionamiento relativo de la familia como el agente social principal en la promoción de la salud y bienestar.

De acuerdo a Sinche y Suárez (2006) las familias pueden ser clasificadas en:

Familia nuclear, extendida, nuclear ampliada, monoparental, binuclear y reconstituida las cuales están constituidas de la siguiente manera.

Familia nuclear. Es aquella familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos.

Familia Extendida: Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos).

Familia Nuclear Ampliada: Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos etc.). Pareja sin Hijos: Familia con dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.

Familia Monoparental: Familia con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).

Familia Binuclear: Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).

Familia Reconstituida : Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia .

El Perú no ha estado exento a estos cambios y como consecuencia los grupos familiares muestran cada vez más problemas que afectan su desempeño. Así, según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del año 2000, un 15% de niños viven sólo con la madre, y 6.4% no viven con la madre ni el padre biológico.

Funcionalidad Familiar

La familia es un tema muy importante en la sociedad, es por eso que la familia aun en las sociedades más modernas es necesario que sean dinámicas, evolutivas y tengan funciones las cuales tengan que cumplir durante las etapas de desarrollo de las mismas , principalmente deben cumplirse las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar . Todos estos aspectos son de mucha importancia y de gran interés para la medicina y psicología contemporánea llamándola funcionalidad familiar constituyendo esta uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como los no cumplimientos de algunas de las funciones mencionadas por alteración en algunos de los subsistemas familiares los cuales provocan cambios en los roles de sus integrantes (Ramírez y cols.,2001).

Según Minuchin, 1979 (citado en Ramírez y cols, 2001) en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir algunos conceptos de organización como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como flexibilidad, versus, rigidez, cohesión como proximidad versus distancia y estilos de comunicación.

Garza Elizondo, 1997 (citado en Ramírez y cols., 2001). Nos dice que la familia constantemente se encuentra sometida a presión interna que se origina por la evolución de sus miembros y subsistemas- desarrollo individual y familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia como las crisis accidentales. Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, se refiere a que por ejemplo cuando uno de los miembros de la familia inesperadamente presenta una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad de la enfermedad pudiendo ser transitorias

o continúa. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes: - La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros. - La transmisión de valores éticos y culturales. - La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros. - El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital. - El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social). - La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual. Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: Función biosocial, Función económica, Función cultural y afectiva y Función educativa. La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones arriba mencionados tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve. Sin embargo, algunos autores hablan de una cierta estabilidad en el denominado ciclo vital de la familia, que marca su rumbo evolutivo. Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar: Formación o constitución, expansión o extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc), contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío, etc). y disolución (muerte de uno de los cónyuges). La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar, etc., y puede provocar o no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de

surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar saludable Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática. La cohesión es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto. La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también

cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales. En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar (Zaldivar,n.d).

Disfuncionalidad Familiar

Diversos profesionales de la salud afirman que todas las familias tienen cierto grado de disfuncionalidad, que a corto, mediano o largo plazo deteriora las capacidades físicas, psíquicas y emocionales de cada uno de los integrantes. Las disfunciones familiares generalmente se originan debido a perturbaciones, creencias, mitos familiares problemáticos, sintomatología individual, estresores del ciclo de vida e incapacidad de la familia para realizar las tareas familiares, así como la falta de afinidad. Varias personas llevan a su nueva vida de pareja, las problemáticas de su familia de origen, las cuales no son bien vistas por la otra persona y genera molestias en el entorno familiar, las cuales van desgastando las relaciones entre los miembros y ocasionando posteriormente personas disfuncionales, quienes van al trabajo, escuela, colegio, universidad y se relacionan de la misma forma con el resto de la población. Los efectos negativos se ven en niños, adolescentes, adultos, con consecuencias a nivel social y laboral, tales como: bajo desempeño escolar, desesperanza en el trabajo, drogadicción, aventuras amorosas, depresión, etc (Urquiza, 2012).

Según el grupo de apoyo codependientes anónimos refiere que una familia disfuncional presenta determinadas características como son:

El Amalgamamiento

La primera característica es el amalgamamiento y esta palabra viene del verbo amalgamar, que significa “entremezclar, hacer amalgama”. Esta característica es contraria a la individualidad. Una familia amalgamada es una familia en donde no existe respeto al individuo y todo el mundo se mete en la vida de los otros. Es exactamente lo contrario de “vive y deja vivir”. Este patrón de conducta disfuncional, impide la formación de una personalidad sana ya que inhibe el espacio vital físico, mental, emocional y espiritual de una persona.

El concepto de estar juntos, no por gusto sino por obligación, apiñados en un mar de opiniones que chocan entre si, es muy diferente al concepto de la familia unida, en donde existe respeto y apoyo a las necesidades individuales y permiten a la persona ser tal como es.

El otro extremo de esta posición enferma es la indiferencia, que es inclusive hasta mas dañina que el amalgamamiento y que suele manifestarse en los estratos socioeconómicos muy bajos o muy altos. Es en las clases medias donde el amalgamamiento es más frecuente.

La Rigidez

La segunda característica es la rigidez. Consiste en el establecimiento de reglas que no admiten posibilidad de cambio y que se establecen arbitrariamente para todos los miembros de la familia, exceptuando probablemente al que las impuso.

Algunas de las consecuencias deformantes de la rigidez son, la rebeldía contra todo y contra todos, la frustración, el resentimiento y la incapacidad de elaborar un criterio elástico de acuerdo a las circunstancias. Debemos pensar que los hijos son como los cinco dedos de la mano, los cuales a pesar de ser míos, ninguno es igual a los demás, todos son diferentes, por lo tanto sería absurdo pretender que un mismo anillo sirviera a todos los dedos... a uno le quedaría bien, a otro no le entraría y a otro más le quedaría flojo.

La rigidez es una postura que está basada en el “machismo” tradición familiar latina. La actitud sana sería la colocación de límites, de acuerdo a las necesidades individuales de los miembros de la familia, a su bienestar común y de acuerdo a las circunstancias cambiantes de la vida, ya que no puede darse el mismo horario de llegada a casa a un niño de 10 años que aun joven de 18.

El extremo contrario de esta característica sería, la falta de límites, que cuando se presenta es mucho más destructiva que la rigidez, dando origen en el niño la sensación de no ser querido.

La Sobreprotección

La tercera característica de una familia disfuncional es la sobreprotección. Esta característica es tan destructiva que puede lisiar emocionalmente a una persona. La sobreprotección es la equivocada actitud de pretender resolver todos los problemas de nuestros hijos.

Es criminal rescatar a nuestros hijos de todo contratiempo y estar continuamente sobre ellos indicándoles lo que deben o no deben hacer o inclusive decir, quitándoles la oportunidad de que aprendan a resolver sus problemas por sí mismos a través de sus experiencias negativas y positivas; y a bastarse con sus propios recursos, sin tener que estar dependiendo siempre de una tercera persona.

La sobre protección es en muchos casos egocentrismo personal para evitar el sufrimiento, y en muchos otros es también una necesidad de control sobre los demás por la imposibilidad de dar orden a la propia vida.

También existen lo que se llama “ganancias secundarias” que consiste en la necesidad del padre o de la madre de sentirse útiles, necesidad que satisfacen mientras el hijo los necesita. Así que muchas figuras paternas fomentan la sobreprotección de sus hijos para sentir que ellos son necesarios.

Este patrón disfuncional impide que el ser humano se desarrolle en su totalidad, impidiendo las experiencias, el desarrollo de la capacidad, el desarrollo de la autoestima; fomentando la inseguridad ante la vida y los problemas; impidiendo el desarrollo del instinto de agresión, necesario para saber luchar, defenderse y competir. Todo esto genera miedos, temores, resentimientos, ira, depresión y deseos de evadir la realidad.

La Evitación Del Conflicto

La cuarta característica y por muchas razones la más importante es la evitación del conflicto. Esta característica disfuncional es con mucho la más dañina, al grado de que aun existiendo las otras características, si la familia pudiera discutir sus problemas y existiera comunicación y no hubiera restricciones verbales, esa familia saldría adelante en forma bastante sana.

En esta familia disfuncional se evitan los enfrentamientos y no se habla de las situaciones dolorosas, razón por la que no se ventilan, quedando la carga emocional como “bomba de tiempo” para explotar en el momento menos esperado. Nosotros usamos una expresión para ejemplificar

esta falta de comunicación: “Hay un cocodrilo en la sala”, pero nadie habla de él. La tensión se siente en el aire, pero nadie comenta lo que todos están pensando.

Todos hablan de temas intrascendentes, o se vive un gran silencio, pero nadie se atreve a manifestar lo que esta amenazando la integridad familiar. Todos fingen no ver al cocodrilo. Las consecuencias de no hablar de los problemas profundos, de los temas dolorosos, es que se corta la comunicación; se comienza el desplazamiento de emociones, estallando así la tensión en problemas menores al agigantarlos, un claro ejemplo es crear batallas campales por las malas calificaciones de un hijo, cuando el verdadero problema es quizá el alcoholismo del padre, o la actitud sumisa y masoquista de la madre.

Una familia sana no oculta los problemas que existen entre sus miembros. Si los niños preguntan, (y los niños que son muy perceptivos, siempre preguntan cuando existe un clima de confianza,) y se les oculta la verdad, aprenden a negar la realidad, se les confunde. El mensaje es: Tú percepción sana esta equivocada, como consecuencia aprenden a buscar soluciones con bases falsas o irreales.

El otro extremo de esta destructiva característica es el cinismo. El mencionar los problemas con crudeza y desfachatez y sin deseos de lograr una solución, es también un patrón muy disfuncional., se les debe contestar con la verdad sin llegar a la crudeza, tomando en cuenta la edad emocional de cada hijo.

Cáncer:

La enfermedad del cáncer hace referencia no solo a una enfermedad si no a por lo menos 100 enfermedades distintas las cuales se producen por el crecimiento anormal y desordenado de

algunas células del cuerpo. Causado por alteraciones celulares ocurridas cuando las claves cromosómica genética ha sido alterada, ocasionando que las células reciban mensajes erróneos y consecuentemente produzcan proteínas anormales o en su defecto en cantidades excesivas, entre estas están las citosinas proteínas pro inflamatorias con capacidad de inducir comportamientos depresivos (Leuro y Mayorga, 2008).

La célula cancerosa comienza a perder el control de su desarrollo, se multiplica a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece y sin cumplir las funciones para las cuales ha sido creada. Este crecimiento rápido y anormal de las células, llega a formar masas de tejido, estas masas son llamadas tumores. El cáncer se desarrolla en diferentes etapas y probablemente intervengan diferentes factores para convertirlo en tumores visibles. Es importante detectar y diferenciar los tumores benignos o no cancerosos de los malignos, o cancerosos, las diferencias entre estos dos tumores son:

Tumores benignos: son de crecimiento lento. Crecen hasta determinado tamaño. No destruyen células normales, crecen de manera ordenada, no se propagan a otros tejidos, normalmente no suelen producir efectos secundarios graves.

Tumores malignos: algunos son de crecimiento lento, pero con frecuencia son de crecimiento rápido. Crecen de manera progresiva e invasiva, destruyen células, tejidos y órganos, crecen de manera desordenada, se propagan a los tejidos de otros órganos del cuerpo como metástasis, normalmente no producen efectos secundarios graves, si no se controla su crecimiento ocasionan la muerte.

Los tumores malignos son conocidos por su capacidad de invadir y destruir tejidos y órganos tanto cercanos como los que se encuentran lejos del tumor original, las células de cáncer atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse. La muerte es producida cuando la propagación del cáncer

daña los tejidos y los órganos vitales como el hígado, los pulmones o el cerebro entre otros de manera que estos órganos dejan de funcionar progresivamente.

El cáncer se expresa de distintas maneras en cada persona, dependiendo también del órgano afectado y la etapa en la que haya sido diagnosticado. El cáncer puede presentar a cualquier edad a partir de los 55 años, esto no quiere decir que no haya una probabilidad de que se produzca en niños y en jóvenes, de hecho el cáncer es la segunda causa principal de muerte en niños de edades comprendidas entre uno y quince años. Afortunadamente el cáncer en los pacientes jóvenes o niños tiene altas probabilidades de curación (Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología, 2004)

Paciente Oncológico

Es el paciente que porta algún tipo de cáncer, el cual es un grupo de enfermedades las cuales causan que células en el cuerpo cambien y crezcan fuera de control. La gran parte de células cancerígenas forman una masa que es llamada tumor, no todos los tumores son cáncer ya que hay tumores benignos (no cancerosos) y malignos o canceroso el que puede invadir y destruir tejidos sanos (Cardelle y Lorenzo ,2009).

Cuadro clínico

El cáncer es un grupo de enfermedades que pudiera causar casi cualquier signo o síntoma. Los signos y síntomas dependerán de la localización del cáncer, cuan grande es, así como de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. Si un cáncer se propaga (*hace metástasis*), entonces los signos o síntomas pueden aparecer en diferentes partes del cuerpo.

La enfermedad del cáncer presenta algunos síntomas como son:

Pérdida de peso inexplicable

Por lo general las personas con cáncer experimentarán pérdida de peso en algún momento, si esta pérdida de peso no tiene una razón aparente se está hablando de una pérdida de peso inexplicable. Una pérdida de peso inexplicable de 10 libras o más puede ser el primer signo de cáncer. Esto ocurre con más frecuencia en caso de cáncer de páncreas, estómago, esófago o pulmón.

Fiebre

La fiebre es muy común en los pacientes que tienen cáncer, pero más a menudo ocurre después que el cáncer se ha diseminado desde su lugar inicial.

Agotamiento

El agotamiento es un cansancio extremo que no mejora con el descanso, esto por lo general es un síntoma que se presenta conforme va avanzando el cáncer.

Dolor

El dolor puede ser un síntoma inicial de algunos cánceres, tales como el cáncer de los huesos o el cáncer testicular, por otro lado el dolor debido al cáncer significa que ya se propagó del lugar donde se originó (metástasis).

Cambios en la piel

Junto con los cánceres de piel, algunos otros cánceres pueden causar cambios en la piel que se pueden ver. Estos signos y síntomas incluyen:

- Piel oscurecida (hiperpigmentación).
- Piel y ojos amarillentos (ictericia).
- Enrojecimiento de la piel (eritema).
- Picazón (prurito).

- Crecimiento excesivo de vello.

Cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga

El estreñimiento, la diarrea o un cambio en el tamaño de las heces fecales (excremento) por un tiempo prolongado puede que sea un signo de cáncer del colon. Dolor al orinar, sangre en la orina o cambios en la función de la vejiga (tales como orinar con mayor o menor frecuencia) pudieran estar relacionados con cánceres de vejiga o próstata. Debe reportar a un médico en caso de cualquier cambio en la función de la vejiga o de los intestinos.

Heridas que no curan

Los cánceres de la piel pueden sangrar y asemejarse a llagas que no cicatrizan. Una herida en la boca que no se cura pudiera deberse a un cáncer oral. Esto se debe atender lo antes posible, especialmente en personas que fuman, mastican tabaco o frecuentemente consumen alcohol. Las heridas en las partes íntimas tanto del hombre como de la mujer podrían ser signos ya sea de una infección o de un cáncer en etapa inicial, y deben ser examinadas por un profesional de la salud.

Presenta manchas blancas en la lengua o en el interior de la boca.

Las manchas blancas en la lengua o en el interior de la boca pudieran ser leucoplaquia

La leucoplaquia es un área precancerosa que es causada por una irritación frecuente. A menudo, es causada por el hábito de fumar o el uso de otro tipo de tabaco. Las personas que fuman pipas o usan los productos de tabaco de uso oral están en alto riesgo de leucoplaquia. Si no se trata, la leucoplaquia puede convertirse en cáncer de boca. Cualquier cambio en la boca que dure mucho tiempo se debe examinar por un médico o dentista inmediatamente.

Sangrado o secreción inusual

Un sangrado inusual puede ocurrir en caso de cáncer en sus etapas iniciales o avanzadas. Toser sangre podría ser un signo de cáncer de pulmón. En el caso de que aparezca sangre en el

excremento (lo que puede tener un color muy oscuro) podría ser un signo de cáncer de colon o cáncer de recto. El cáncer de cuello uterino o del endometrio(revestimiento del útero) puede causar sangrado vaginal anormal. Asimismo, la sangre en la orina puede que sea un signo de cáncer de la vejiga o del riñón. Una secreción con sangre que salga del pezón puede que sea un signo de cáncer de mama.

Endurecimiento o una masa en el seno o en cualquier parte del cuerpo

Muchos tipos de cáncer se pueden sentir a través de la piel. Estos cánceres se muestran principalmente en los senos, los testículos, los ganglios linfáticos (glándulas) y en los tejidos blandos del cuerpo. Una masa o endurecimiento puede ser un signo temprano o tardío de cáncer, y se debe informar a un médico de la especialidad, si usted acaba de descubrirlo o notar que ha crecido en tamaño. Tenga en cuenta que algún tipo de cáncer de seno pueden manifestarse como piel enrojecida o engrosamiento de la piel en lugar de una masa o protuberancia.

Cambio reciente en una verruga o lunar o cualquier cambio nuevo en la piel

Cualquier verruga, lunar o peca que cambia en color, tamaño o forma, o que pierde su borde agudo debe reportarse a un médico inmediatamente. Además, se debe informar al médico cualquier otro cambio en la piel. Un cambio en la piel puede ser un melanoma que se puede tratar eficazmente si se encuentra temprano.

Tos persistente o ronquera

Una tos persistente puede que sea un signo de cáncer de pulmón, mientras que la ronquera puede ser un signo de cáncer de laringe (caja sonora) o de la glándula tiroides.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer. Usa medicamentos (fármacos) para destruir las células cancerosas. Las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente. La

quimioterapia para o demora el crecimiento de la célula cancerosa. Pero también puede afectar las células sanas que crecen y se dividen rápidamente. Entre ellas se encuentran, por ejemplo:

- Las células de las partes húmedas dentro de la boca
- Las células de los intestinos
- Las células que hacen crecer el pelo

El daño a las células sanas podría causar efectos secundarios. Pero muchas veces los efectos secundarios mejoran o desaparecen después de terminar la quimioterapia.

Dependiendo del tipo de cáncer que la persona tenga y de cuánto haya crecido o se haya extendido, la quimioterapia puede:

- Curar el cáncer. Esto ocurre cuando la quimioterapia destruye tantas células cancerosas que su doctor ya no las puede detectar en el cuerpo.
- Controlar el cáncer. La quimioterapia puede evitar que el cáncer se extienda o hacer que crezca más lentamente. También puede destruir las células cancerosas que se han extendido a otras partes del cuerpo.
- Mejorar los síntomas del cáncer (esto también se conoce como atención paliativa). Esto ocurre cuando la quimioterapia reduce el tamaño de los tumores que están causando dolor o presión.

Depresión

Según la organización mundial de la salud, la depresión es un trastorno mental que durante los últimos años ha aumentado su frecuencia, este trastorno se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o los estudios ya sea en la escuela, la universidad y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, este

puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 1982).

Según la clasificación CIE 10 El trastorno depresivo puede presentarse:

- Episodios depresivos F32, durante dichos episodios la persona empieza a perder el interés y la capacidad de disfrutar de las cosas, su vitalidad se ve afectada, tiene a cansarse muy rápido al mínimo esfuerzo realizado lo cual lo lleva a reducir su nivel de actividad. Otras manifestaciones de los episodios depresivos suelen ser, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), perspectiva sombría del futuro, trastornos del sueño, pérdida de apetito, pensamientos y actos suicidad, etc.

La depresión de estado de ánimo varía poco de un día a otro, no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones del sueño características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva, Depresión psicógena (F32.0, F32.1 o F32.2), Depresión reactiva (F32.0, F32.1, o F32.2), Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Episodio Depresivo Leve (F32.0). La persona que padece este episodio suele presentar estado de Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo,. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Sin síndrome somático (F32.00). Se cumplen los síntomas del episodio depresivo leve y están presentes pocos o ningún síntoma somático.

Con síndrome somático (F32.01). Los pacientes que la padecen presentan todos los síntomas del episodio depresivo leve y también cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Episodio depresivo moderado (F32.1). En este episodio deben estar presente al menos dos de los tres síntomas más típicos del episodio depresivo leve y tres o cuatro de los demás síntomas, es probable que se presenten varios síntomas en grados intensos aunque no es necesario en el caso de que se presentaran muchos síntomas, el episodio debe durar por lo menos dos semanas. La persona que padezca un episodio depresivo moderado por lo general suele tener grandes dificultades para ejecutar sus actividades diarias.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

Sin síndrome somático (F32.10). Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

Con síndrome somático (F32.11). Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2). Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es muy importante en estos casos ya que comienzan a intervenir con mayor intensidad la ideas y pensamientos concretos suicidas en los casos graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el Diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los síntomas presentados deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son

particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave la persona no será capaz de desarrollar ninguna de sus actividades cotidianas ya sean relacionadas a su vida social, académica, sentimental, entre otras.

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada, Melancolía, Depresión vital sin síntoma psicóticos

Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos (F32.3). Satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: Episodios aislados de Depresión mayor con síntomas psicóticos. Depresión psicótica, Psicosis depresiva psicógena, Psicosis depresiva reactiva.

Otros episodios depresivos (F32.8). Esta caracterizado por Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas.

Incluye: Depresión atípica, Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

Episodio depresivo sin especificación (F32.9). Incluye: Depresión sin especificación, Trastorno depresivo sin especificación (OMS, 1982).

Depresión en Pacientes Oncológicos

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan con frecuencia un malestar emocional importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto físico, psíquico y socialmente.

Por este motivo la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas .aproximadamente un 50% de los pacientes presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad, frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Muchos de estos trastornos por lo general no son tratados por que no son diagnosticados ya que suelen considerarse reacciones normales a la enfermedad o bien por que se considera que los síntomas observados pueden deberse no solo a la propia depresión sino también al cáncer y a los tratamientos oncológicos como la quimioterapia (Mate, 2004).

Familia y Pacientes Oncológicos

La familia es considerada una red de apoyo muy importante en los pacientes oncológicos , el apoyo familiar como valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros , la percepción de que es amado y estimado por los demás es especial de las personas con las que se está más ligado , supone una acción que promueve la salud y alivia el impacto sobre todo emocional de las enfermedades crónicas, este ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar con el apoyo familiar que se recibe, ya que facilita a la persona que padece la enfermedad

la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad, promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo tan estresante como el cáncer. El apoyo familiar percibido, influye de manera favorable en la adaptación de los pacientes oncológicos, ya que guarda relación con niveles menores de ansiedad, depresión y experiencias de dolor.

Los pacientes oncológicos con frecuencia suelen sentirse aislados, ansiosos, enojados y deprimidos. Estos sentimientos pueden influir negativamente en la percepción del dolor por parte del paciente y en su capacidad de tratarlo. Contar con alguien que lo escuche y le preste apoyo puede aliviar estos sentimientos y contribuir a que el paciente pueda sobrellevar el dolor y otros síntomas físicos. El paciente y su familia deben ser considerados como una sola unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que ayude y que tenga presente todas las necesidades del paciente tanto en nivel físico como emocional y espiritual (Guillen y Osorio, 2010).

Depresión y Pacientes con Cáncer

Es común que haya depresión en pacientes y familias que se ven enfrentadas con la enfermedad del cáncer, esto genera tristeza, duelo y otras emociones, es preocupante cuando estas emociones perduran por periodos prolongados e interfieren con la rutina diaria del paciente y la familia, la depresión puede causar un mayor desgaste emocional, dificultar la realización de las actividades diarias e incluso afectar el tratamiento del paciente con cáncer el seguimiento del tratamiento.

El tratamiento para la depresión en paciente con cáncer debe incluir tanto medicación como psicoterapia y en algunos casos otros tratamientos más especializados, es necesario que estos tratamientos tengan como objetivo reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente (Sociedad Americana del Cáncer, 2014).

La mayoría de pacientes, familiares y personas que están a cargo del cuidado de un ser querido presentan algún nivel de depresión, angustia y miedo cuando el cáncer se convierte en parte de sus vidas. Estas emociones son reacciones que son normales, producto del enfrentamiento a una experiencia que va alterar sus vidas.

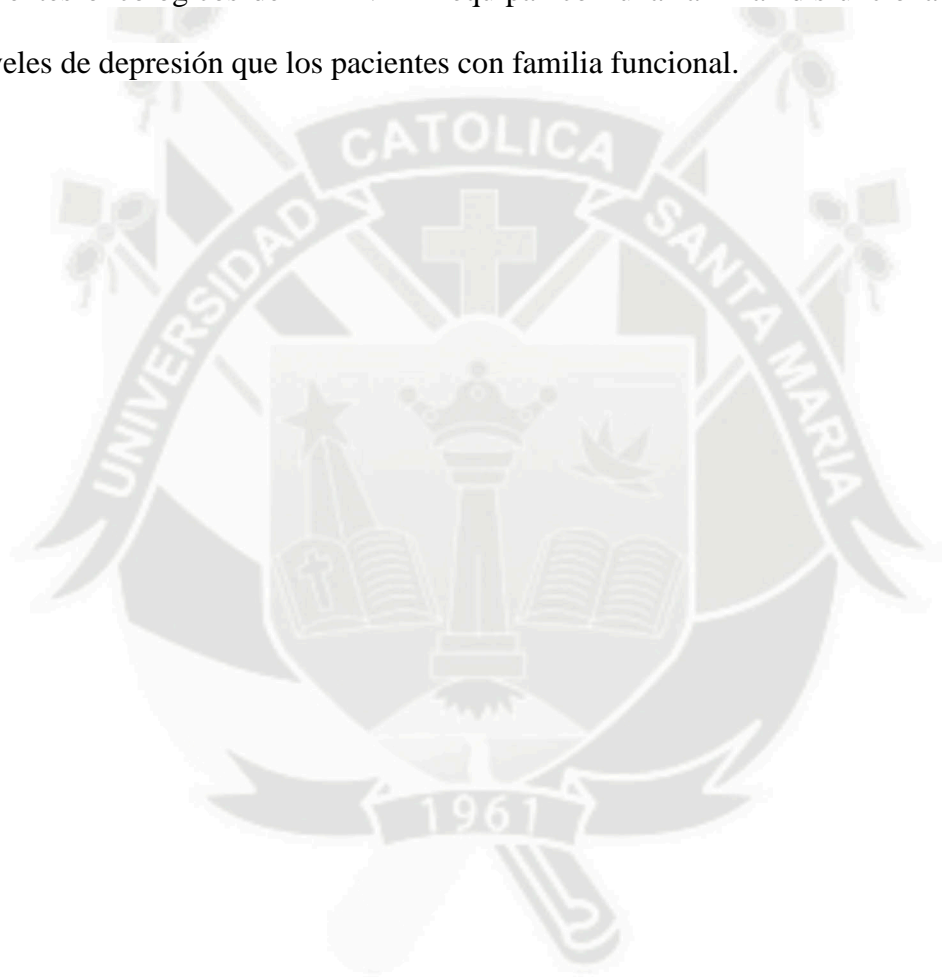
En los pacientes con cáncer, estos sentimientos son causados por diferentes factores, dentro de los cuales se encuentran los cambios en la capacidad para desempeñar funciones en la familia y el trabajo, por otro lado la pérdida de control sobre los diferentes eventos de su vida, cambios en la imagen corporal, aflicción por la pérdida y cambios que el cáncer ha producido en toda su vida, miedo a la muerte, sufrimiento, dolores y malestar que implica el tratamiento y la misma enfermedad y todas las cosas nuevas a las que el paciente se va ver sometido las cuales va tener que enfrentar en su lucha por acabar con la enfermedad. Los familiares y las personas al cuidado de un paciente puede que también tengan estos sentimientos. A menudo tienen temor de perder a su ser querido. Además, es posible que sientan cólera, enojo y otras emociones porque un ser querido tiene cáncer, frustración por “no poder hacer lo suficiente” o tensión porque tienen que trabajar más en el hogar (Sociedad Americana del Cáncer, 2013).



Hipótesis

H₁: Los pacientes oncológicos del IREN – Arequipa con una familia disfuncional presentan mayores niveles de depresión que los pacientes con familia funcional.

H₀: Los pacientes oncológicos del IREN – Arequipa con una familia disfuncional no presentan mayores niveles de depresión que los pacientes con familia funcional.





Capítulo II: Diseño Metodológico

Diseño de Investigación

Correlacional (Salkind, 1998), pues se estableció relación entre dos variables.

Técnica

Aplicación de 2 pruebas a manera de entrevista personal.

Instrumento

Zung La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas empíricos la cual es deriva en parte de la escala de depresión de Hamilton, ya que las dos escalas dan mayor peso al componente somático- conductual del trastorno depresivo (Condes y cols, 1970).

Es una escala auto aplicada que está compuesta de 20 ítems con frases relacionadas a la depresión, dichas frases se encuentran formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, el paciente cuantifica la frecuencia con la que se presentan los síntomas mencionados, utilizando una escala de Likert de 4 puntos (Lezama , 2014)

En cuanto a la validez y confiabilidad en nuestro medio de la escala de autoevaluación para la Depresión de Zung, Mendoza en el 2001 señala en su investigación una confiabilidad Alpha de Crombach para la escala de depresión de 0.88 y una validez de constructo Medida de adecuación del muestreo de KaiserMeyer Olkin de 0.88.

El cuestionario APGAR Familiar fue diseñado por Smilkstein, 1978 para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a cinco componentes de la función familiar.

En comparación con otras escalas similares presenta la gran ventaja de su reducido número de

ítems y facilidad de aplicación. Fue validada en nuestro medio por Bellon y colaboradores en 1996.

El APGAR familiar fue diseñado por Gabriel Smilkstein, el cual evalúa la funcionalidad familiar del paciente en la familia. Esto teniendo en cuenta que el paciente por medio de esta prueba puede manifestar el grado de satisfacción conforme a los parámetros básicos que analiza el test.

El presente test evalúa 5 parámetros:

- Adaptación: Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
- Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
- Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
- Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
- Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar (Alegre, Suarez, 2006).

Validez

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless- Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades, lo cual indica que es un instrumento válido y confiable (Alegre Y Suarez, 2006).

El presente test es promovido por el MINSA en la evaluación de la dinámica familiar.

Población y Muestra

La población está constituida por 140 pacientes, 49 varones y 91 mujeres, portadores de alguna patología oncológica de 20 años en adelante y que se encuentran internados recibiendo quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas recibiendo durante los meses de Agosto– Noviembre del año 2014. Se incluyó en la población a los pacientes, que no tuvieran limitaciones de lenguaje y que se encontraran dispuestos a participar de la investigación.

Y se excluyó a los pacientes con alguna patología mental, los que no se encontraron en el momento de la entrevista o que no estuvieron dispuestos a participar del estudio.

Se realizó un muestreo por conveniencia / bola de nieve, ya que se consideraron criterios de inclusión y se realizó la evaluación de los pacientes en un tiempo determinado.

Estrategia de Recolección de Datos

Fueron gestionados los permisos necesarios en el IREN – Arequipa, el cual brindó las facilidades e información necesaria para realizar la investigación. Se evaluó a los pacientes que estaban

dispuestos a participar y habían firmado el consentimiento informado el cual indicaba que aceptaban ser sometidos a dicha investigación, se les evaluó aplicándoles la escala de depresión de Zung y el cuestionario APGAR familiar a modo de entrevista, ya que al ser pacientes delicados y bastante susceptibles podrían afectarse, como primer paso se llenó el consentimiento informado y se le dio una breve explicación de la investigación posteriormente se estableció un rapport y una conversación en la cual se iban incluyendo las preguntas de las pruebas, una vez culminada la entrevista se archivaban las pruebas y documentos de cada paciente.

Criterios de Procesamiento de la Información

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 21.1, se generaron los estadísticos según el requerimiento de los objetivos, como frecuencias y porcentajes, además del estadístico inferencial Chi cuadrado para probar o rechazar la hipótesis de investigación, así como las interrogantes secundarias.



Capítulo III: Resultados

Descripción de los Resultados

Se presentan los resultados obtenidos a través de tablas de frecuencia y porcentajes con los valores de Chi cuadrado. Las tablas se encuentran en relación a los objetivos propuestos.

Tabla 1

Niveles de Depresión de la Muestra

Niveles de depresión	Nº	%
Depresión Severa	41	29,3
Depresión Moderada	53	37,9
Depresión Leve	31	22,1
Sin depresión	15	10,7
Total	140	100,0

La Tabla1 Muestra que el 10.7% de la población no presenta depresión, el 22.1% muestra un nivel leve de depresión, el 37.9% de los pacientes entrevistados presenta un nivel moderado de depresión, mientras el 29.3% de la población muestra un nivel de depresión severa. Esto demuestra que en su mayoría los pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, presentan niveles de depresión entre moderado y severo.

Tabla 2

Niveles de Funcionalidad Familiar de la Muestra

Niveles de Func. Familiar	N°	%
Familia Severamente Disfuncional	31	22,1%
Familia Moderadamente Funcional	64	45,7%
Familia Altamente Funcional	45	32,1%
Total	140	100%

La Tabla 2 Muestra que el 32.1% de la población presenta una familia altamente funcional, el 45.7% presenta moderadamente funcional y el 22.1% severamente disfuncional. Esto demuestra que en su mayoría los pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas presentan familias moderadamente funcionales.

Tabla 3

Niveles de Depresión en Pacientes Oncológicos que presentan familia funcional o disfuncional

	Familia Severamente Disfuncional		Familia Moderadamente Funcional		Familia Altamente Funcional		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Depresión Severa	17	41.46	22	53.66	2	4.88	41	100
Depresión Moderada	10	18.87	25	47.17	18	33.96	53	100
Depresión Leve	2	6.45	12	38.71	17	54.84	31	100
Sin Depresión	2	13.33	5	33.33	8	53.33	15	100
Total	31	22.14	64	45.71	45	32.14	140	100
P>0.01								

La Tabla 3, Según la prueba de chi cuadrado muestra que hay relación entre los niveles de depresión de los pacientes del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas y la funcionalidad familiar de los mismos, dado que el 41.46% de los pacientes presenta depresión severa y al mismo una familia severamente disfuncional, 47.17% pacientes presentan depresión moderada ,teniendo una familia moderadamente funcional, 54.84% presentan depresión leve teniendo una alta funcionalidad familiar y 53.33% no presenta depresión teniendo una alta funcionalidad familiar.

Tabla 4

Niveles de Depresión en pacientes Varones y Mujeres

	Depresión Severa		Depresión Moderada		Depresión Leve		Sin Depresión		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Masculino	17	34.69	16	32.65	12	24.49	4	8.16	49	100
Femenino	24	26.37	37	40.66	19	20.88	11	12.09	91	100
Total	41	29.29	53	37.86	31	22.14	15	10.71	140	100

P>0.05

La Tabla 4, Según la prueba de chi cuadrado muestra que el nivel de depresión en las pacientes oncológicos tanto varones como mujeres no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Sin embargo, se observa que los pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas presentan en su mayoría una depresión moderada tanto en hombre y mujeres.

Tabla 5

Niveles de funcionalidad familiar en pacientes Varones y Mujeres

	Familia Severamente Disfuncional		Familia Moderadamente Funcional		Familia Altamente Funcional		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Masculino	11	22.45	24	48.98	14	28.57	49	100
Femenino	20	21.98	40	43.96	31	34.07	91	100
Total	31	22.14	64	45.71	45	32.14	140	100

P>0.05

La Tabla 5, Según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de funcionalidad familiar en varones y mujeres no presento diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Sin embargo, se observa que los pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas presentan una funcionalidad familiar moderada en su mayoría, tanto varones como mujeres.

Tabla 6

Niveles de funcionalidad familiar y tiempo de enfermedad

	Familia Severamente		Familia Moderadamente		Familia Altamente		Total	
	Disfuncional		Disfuncional		Funcional			
	N	%	N	%	N	%	N	&
0 – 11 meses	16	17.98	44	49.44	29	32.58	89	100
12 – 23 meses	7	20.00	14	40.00	14	40.00	35	100
24 – 35 meses	5	50.00	4	40.00	1	10.00	10	100
36 – 47 meses	2	50.00	2	50.00	0	0	4	100
48 – 59 meses	1	50.00	0	0	1	50.00	2	100
Total	31	22.14	64	45.71	45	32.14	140	100

P>0.05

La Tabla 6, Según la prueba de chi cuadrado muestra que el nivel de funcionalidad familiar y el tiempo de enfermedad no presentan diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Sin embargo, se observa que hay una mayor tendencia a la disfunción familiar durante los primeros meses de enfermedad.

Discusión

En el presente estudio, encontramos que los niveles de depresión en los pacientes oncológicos del IREN (Tabla 1) son altos, de los 140 pacientes en estudio, 125 (89.3%) presentan depresión que va desde moderada a severa, y solo 15 pacientes (10.7%) no presentan depresión lo que coincide con la literatura, puesto que es ya sabido que las células tumorales producen moléculas llamadas Citoquinas, proteínas pro inflamatorias con capacidad de inducir comportamientos depresivos (De Martos, 2009).

Una vez que las señales de las citosinas alcanzan el cerebro, tienen la capacidad de influir en la síntesis, liberación y recaptación de neurotransmisores relacionados con el humor. Se dispone de un abundante número de estudios publicados de experimentación que demuestran que la administración de citosinas o sus inductores puede afectar profundamente al metabolismo de la serotonina, noradrenalina y dopamina (Miller, Maletic, Raison, 2009).

Sumadas a las reacciones de la enfermedad están los efectos colaterales producidos por la quimioterapia, que si bien puede evitar que el cáncer se extienda o hacer que crezca más lentamente. También puede destruir las células normales, lo que conlleva a una serie de síntomas de depresión causada por quimioterapia, según The Scott Hamilton CARES Initiative (2002) se resumen en:

Cambio de humor, menor interés en las actividades habituales, la familia y los amigos, incapacidad para disfrutar de la vida, reacciones nerviosas o muy neutrales, fatiga profunda y pérdida de la energía, cambios en los hábitos de sueño (dormir en exceso o insomnio), cambios en el apetito (disminución o aumento de peso), disminución de la libido (interés en las actividades sexuales), dificultad para concentrarse y tomar decisiones, dificultad para cumplir las funciones habituales, sensación de culpa o de que está siendo castigado, sensación de descontento, negatividad al hablar de uno mismo, hablar con frecuencia de lo "inútil que es vivir" o de "hacer que todo termine".

En la Tabla 2 encontramos resultados referentes a la dinámica familiar de los pacientes en estudio, observamos que el 32% de las familias son altamente funcionales, 45.7% muestran moderada funcionalidad y 22.1% disfuncionalidad. Se sabe que la dinámica familiar como el nombre lo sugiere cambia por diversos factores a lo largo del tiempo. En la Salud familiar se debe considerar el funcionamiento relativo de la familia como agente social principal en la promoción de la salud y bienestar de sus integrantes (Galindo, 1996).

Friedman, 1992 (citado en Galindo, 1996) Sostiene que el estado funcional de una familia es el resultado de lo que la familia hace para satisfacer las necesidades de los miembros, mediante el cumplimiento de sus funciones (Afecto, Socialización, Cuidado de la salud, Reproductiva y Afrontamiento ante crisis), la disfunción se da por no cumplimiento de alguna de sus funciones. En este contexto y considerando además las características de la familia de un enfermo crónico, en un ambiente sumamente tensionante ya que afecta muchas áreas de la familia no solo emocionalmente, sino también económicamente, lo que afecta al paciente y a cada integrante de la familia. Deducimos que en 68% de las familias de los pacientes en estudio existe disfunción familiar que va de severa a moderada, lo que estaría en concordancia con la literatura.

La relación entre Niveles de Depresión en Pacientes Oncológicos y la dinámica familiar (tabla 3) se puede observar que el nivel de funcionalidad familiar está relacionado con los niveles de depresión, 17 de los pacientes presenta depresión severa y al mismo tiempo cuenta con una familia severamente disfuncional, 25 pacientes presentan depresión moderada, teniendo una familia moderadamente funcional, 17 pacientes presentan depresión leve teniendo una alta funcionalidad familiar y 8 pacientes no presentan depresión teniendo también una alta funcionalidad familiar, los resultados obtenidos confirman la hipótesis de la investigación y concuerdan con lo reportado por (Guillen y Osorio 2010) La familia es considerada una red de apoyo muy importante en los

pacientes oncológicos, la percepción de sentirse amado y estimado por los demás en especial por las personas con las que se está más ligado, influye de manera favorable en la adaptación de los pacientes oncológicos, ya que guarda relación con niveles menores de ansiedad, depresión y experiencias de dolor.

De los 140 pacientes en estudio 125 presentan depresión, 41 severa, 53 moderada y 31 leve, solo 15 no presentan depresión lo que puede atribuirse a la propia enfermedad, al tratamiento y a la dinámica familiar afectada discutida anteriormente.

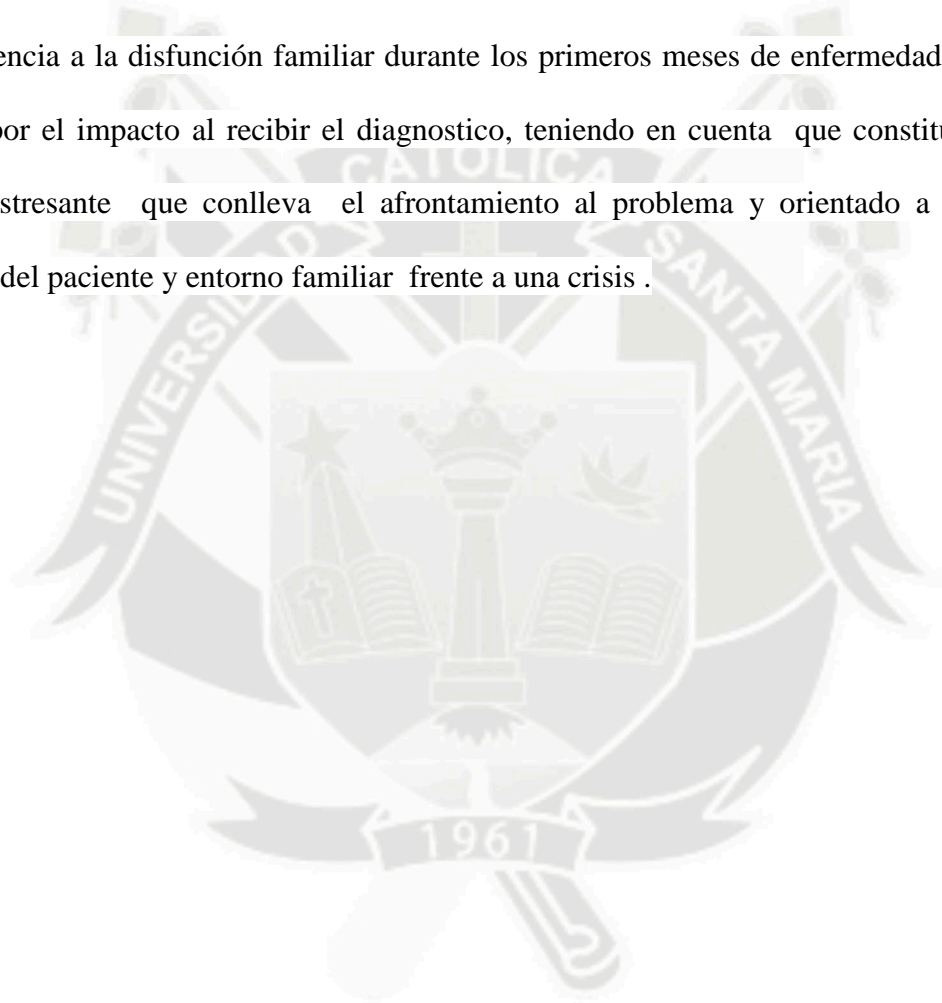
El nivel de depresión en los pacientes oncológicos tanto varones como mujeres aplicando la prueba de chi cuadrado no muestra diferencias estadísticamente significativas ($P > 0.05$). a pesar que según las estadísticas las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión que los hombres (un 20% en mujeres frente al 10% en hombres). Aunque todavía no hay certeza del porque de estas diferencias (Myron y cols. 1994).

Se cree que intervienen factores biológicos: los desajustes hormonales que sufren las mujeres especialmente en la etapa del desarrollo, la menstruación, el embarazo o la menopausia. Estos desajustes también vienen acompañados de factores sociales, psicológicos y culturales, que pueden influir en el detonante o el mantenimiento de los desajustes biológicos del cerebro. Otros factores a añadir son las diferencias en el trabajo, reparto de tareas en la casa y la dependencia económica. Sin embargo el padecimiento de cáncer cambia la respuesta orgánica, desencadenando una debilidad emocional en los varones y la consecuente depresión, lo que explicaría los resultados encontrados.

La dinámica familiar en pacientes oncológicos varones y mujeres del IREN encontrada es disfuncionalidad severa (22.14%), moderadamente funcional (45.71%) y altamente funcional

32.14% (Tabla 5), los pacientes oncológicos del IREN presentan una funcionalidad familiar moderada en su mayoría, tanto varones como mujeres.

El análisis del nivel de funcionalidad familiar y tiempo de enfermedad aplicando la prueba de chi cuadrado no muestra diferencias significativas ($P>0.05$). Sin embargo, se observa que hay una mayor tendencia a la disfunción familiar durante los primeros meses de enfermedad lo que podría explicarse por el impacto al recibir el diagnóstico, teniendo en cuenta que constituye un evento altamente estresante que conlleva el afrontamiento al problema y orientado a la emoción y adaptación del paciente y entorno familiar frente a una crisis.



Conclusiones

Primera. Existe correlación entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión de los pacientes con cáncer y quimioterapia del IREN.

Segunda. La mayoría de pacientes evaluados del IREN presenta depresión entre moderada y severa

Tercera. Los pacientes oncológicos estudiados presentan en su mayoría familias disfuncionales en grado moderado.

Cuarta. No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y funcionalidad familiar entre pacientes hombres y mujeres.

Quinta. No existe diferencia estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y el tiempo de enfermedad de los pacientes en estudio.

Sugerencias

- Primera. Implementar un programa de intervención integral que ayude a detectar el nivel de depresión de los pacientes.
- Segunda. Implementar programas en los cuales se evalué el entorno familiar del paciente detectando la presencia de disfunción familiar y así poder hacer un mejor seguimiento e intervención.
- Tercera. Implementar programas de sensibilización dirigido a las familias de los pacientes para informar de la importancia e influencia de la familia en el bienestar del paciente oncológico.

Limitaciones

- Primera. Dificultad para lograr trabajar con la mayoría de pacientes debido a la condición en la que se encuentran.
- Segunda. Disminución de la muestra de pacientes oncológicos con quimioterapia debido a la falta de disposición de los mismos.

Referencias

Alegre, Y. y Suarez, M. (2006). *Introducción al estudio de la dinámica familia*. RAMPA, 1, 48-57.

Recuperado el 24 de Abril de <http://>

www.saluddealtura.com/feliadmin/PDF/CAPACITACION/Documento3_familograma.pdf

Cardelle, F. y Lorenzo T. (2009). Manual del residente en Psiquiatría ENE life Publicidad.

Condes y Cols (1970). Escala de Zung. Recuperado el 11 de enero del 2015 de

http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php

Cortes, F. (2012). *Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología*. Recuperado el

01 de junio del 2015 de [file:///C:/Users/DRA%20ADITA/Downloads/40901-54766-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DRA%20ADITA/Downloads/40901-54766-2-PB%20(2).pdf)

De Martos, C. (2009). *Porque el cáncer causa depresión*. Recuperado el 18 de enero del 2015 de

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/18/oncologia/1242667780.html>

Galindo, B. (1996). *Funcionalidad familiar y su relación con el estado de salud de sus miembros*.

Tesis de Magister en Enfermería .Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado el 23 de abril de 2014 de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080072454.PDF>

Grupo de Coodependientes Anónimos (n.d). Familia Disfuncional. Recuperado el 2 de Julio de <http://www.iskalti.com/html/boletinesview.php?ID=14>

Guillen, N. y Osorio, E. (2010). *Apoyo familiar a personas con cáncer*. Tesis para obtener licenciatura en enfermería. Universidad Veracruzana. Recuperado el 18 de mayo de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/748/1/80135.pdf>

Instituto Interamericano del Niño. (n.d.). Concepto de familia. Recuperado el 20 de Abril de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN). (2008). Reglamento de organización y funciones .Recuperado el 14 de mayo de http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13910/PLAN_13910_Reglamento%20de%20Organizaci%C3%B3n%20y%20Funciones%20-%20ROF_2010.pdf

Salkind, J. (1998). *Tipos de investigación*. Recuperado el 12 de enero del 2015 de <https://prezi.com/0w8unujcussd/tipos-de-investigacion/>

Leuro, Y., Mayorga, P. (2008).*Lineamientos para la promoción y prevención del cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica*. Tesis para optar el grado Académico de Enfermera. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 1 de abril del 2015 de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis18.pdf>

Lezama, S. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 14 de enero del 2015 de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770010.pdf>

Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud.. Recuperado el 15 de marzo de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.pdf

Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente Oncológico. *Psicooncologia*.1, 2-3,2011.

Mendoza, J. (2001). Estudio de los Niveles de Ansiedad, Depresión y Funcionamiento Familiar en Pacientes con SIDA del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado el 14 de diciembre de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/582/1/patilla_vc.pdf

Ministerio de la Protección social Instituto Nacional de Cancerología. (2004). *El cáncer*. Recuperado el 23 de abril de <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>

Miller, A, Maletic, V, Raison, C. (2009). Asociación entre la depresión y la actividad de las citoquinas. Revista *Biological Psychiatry*, 65-732-741. Recuperado el 20 de Enero del 2015 de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=83702>

Myron, F y cols.(1994). Prevalence and incidence of Major Depresssion in Alzheimer Disease. American Journal. Recuperado el 20 de Enero del 2015 de <http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php>

Organización Mundial de la salud. (1982).Clasificación internacional de enfermedades CIE10.

Organización Mundial de la Salud (n.d.)

Ramírez, C., Méndez, E., Barrón, F., Riquelme, H.,Y, Cantú, L.(2001). *Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil*. Recuperado el día 30 de abril de <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/funcionalidadfamiliar.pdf>

Rosenfeld, C. (2011) *Psicosociología: mitos y realidades en pacientes con Cáncer*. Recuperado el 17 de marzo de <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/ARTICULO-PARA-EI-CTC-JUNIO-2011-CLARA-R.pdf>

Salazar, M., Regalado, R., Navarro,J., Montanez,D., Abugattas, J.,y, Vidaurre, T.(2013) el instituto nacional de enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en El Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica vol. 30. Recuperado el 18 de marzo de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100020

Sinche, E., Suárez, M. (2006). *Introducción al estudio de la dinámica familia*. RAMPA, 2006 1 (1):38-47. Recuperado el 18 de Abril de http://www.saluddealtura.com/fileadmin/DF/CAPACITACION/Documento3_familiograma.pdf

Solidoro, A. (2006). *Cáncer en el siglo XXI*. Tema de revisión. Recuperado el 19 de marzo de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11>

Sociedad Americana del Cáncer (2013). *El Cáncer afecta su salud emocional*. Recuperado el 15 de abril del 2015 de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/la-ansiedad-el-miedo-y-la-depresion-cancer-and-your-emotional-health>

Sociedad Americana del Cáncer (2014). *La atención del paciente con cáncer en el hogar: una guía para los pacientes y sus familias*. Recuperado el 15 de abril del 2015 de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/cuidadoresdelasalud/fragmentado/la-atencion-del-paciente-con-cancer-en-el-hogar-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-care-at-home-depression>

The Scott Hamilton CARES Initiative (2002). *Depresión y Quimioterapia*. Recuperado el 15 de Enero del 2015 de http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/depresioacuten-y-quimioterapia.aspx#.VMLzWEeG_OU

Urquiza, A. (2012). *Análisis de la disfunción familiar y su relación con el bajo rendimiento escolar, de los niños del 4to. Año de básica “c” de la unidad educativa santo Tomás apóstol Riobamba en el período agosto – diciembre de 2011*. Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico. Pontificia universidad católica del ecuador sede Ambato. Recuperado el 20 de mayo de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/748/1/80135.pdf>

Valerio, M. (2005) *.La depresión incrementa el riesgo de muerte en pacientes con cáncer.*

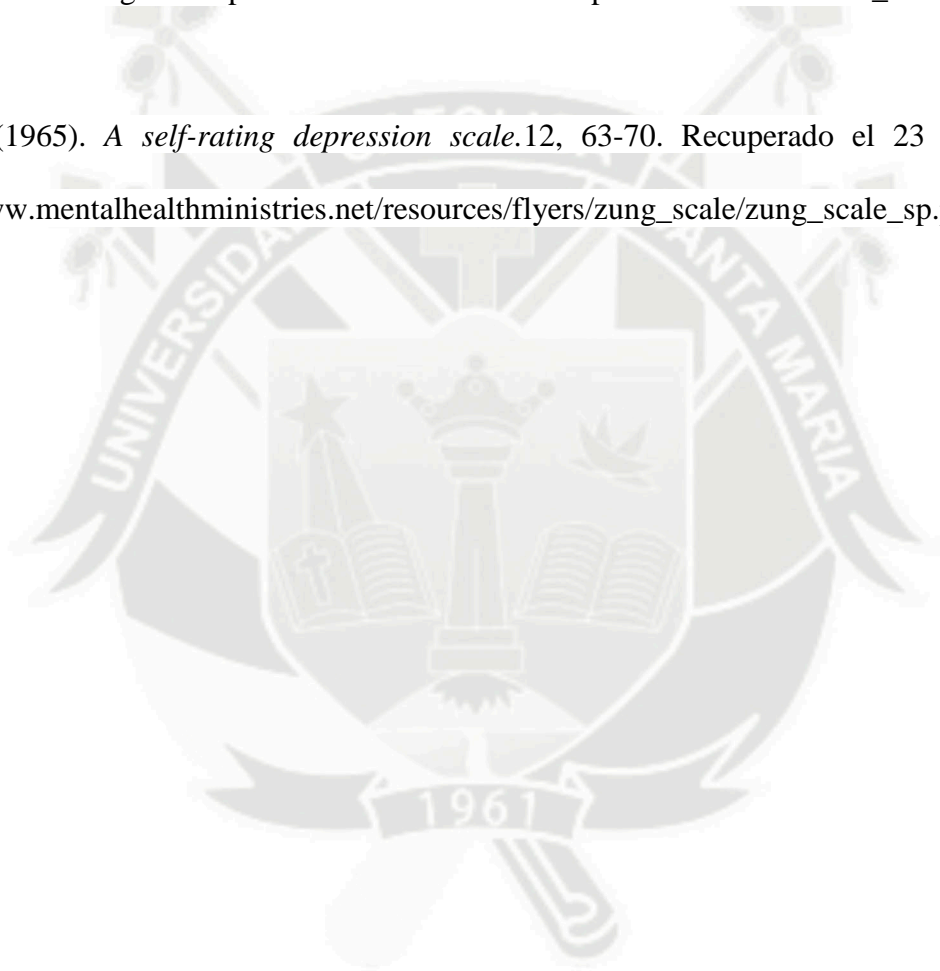
Recuperado el 3 de abril del 2015 de http://dospu.unsl.edu.ar/archivos/oncologia_95.htm

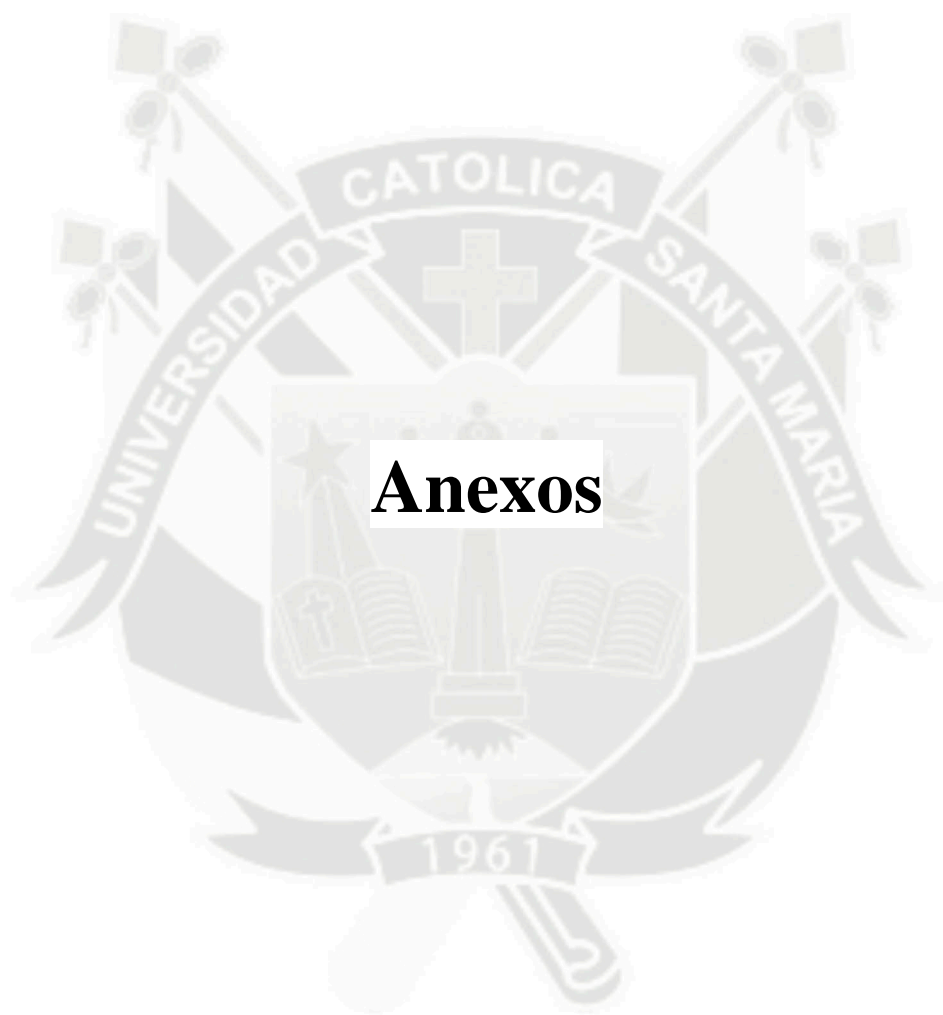
Zaldivar,D.(n.d). Funcionamiento Familiar Saludable. Recuperado el 1 de julio 2015

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

Zung, W. (1965). *A self-rating depression scale*.12, 63-70. Recuperado el 23 de Abril de

http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf





Anexos

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La meta de este estudio es conocer su salud mental y el apoyo de su familia durante su enfermedad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ después de haber sido informada acerca de la investigación y su propósito acepto participar en este estudio, conducido por Alejandra Estefanía Lazo del Carpio Bachiller en Psicología de la Universidad Católica de Santa María

Nombre del Participante

Firma del Participante

FECHA:

DIAGNOSTICO:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NAC.:

ESTADO CIVIL:

DNI:

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

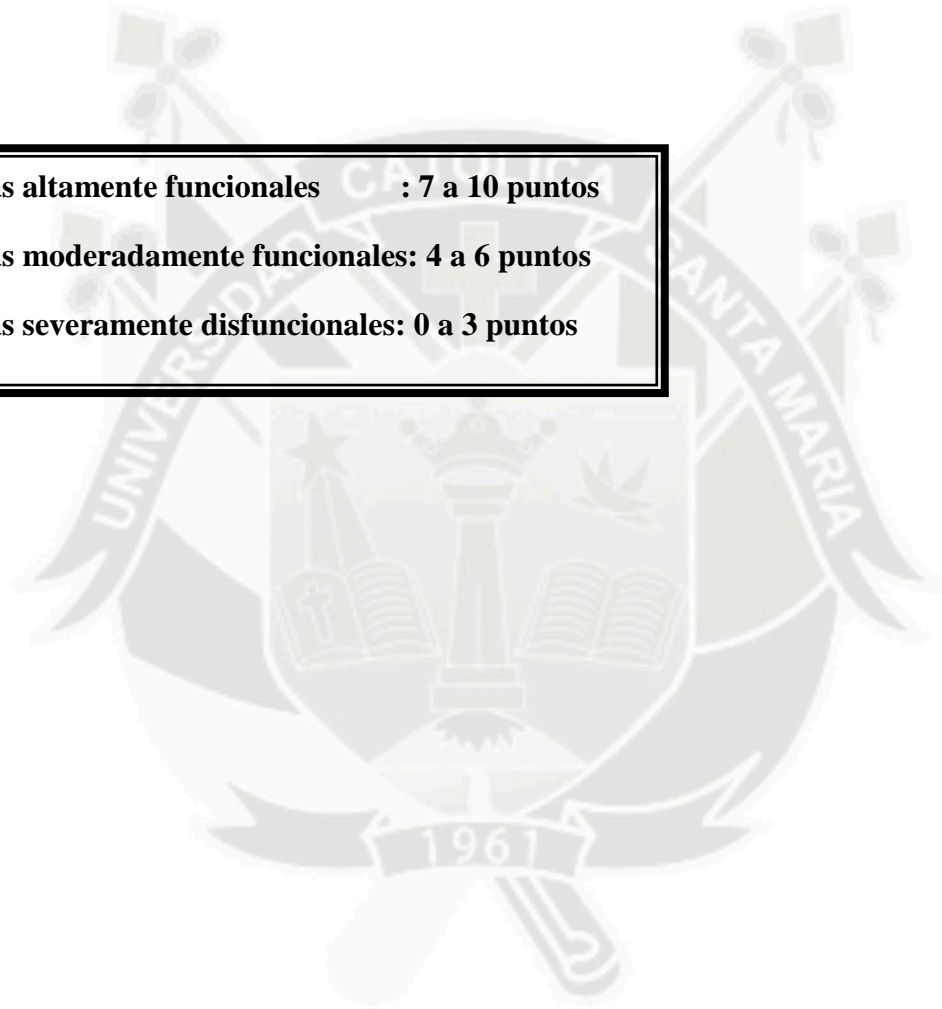
Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos



Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

ESCALA DE ZUNG

Marque con una X en la columna adecuada	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.-Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2.-Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3.-Tengo episodios de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4.-Duermo mal	1	2	3	4
5.-Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6.-Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7.-Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8.-Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9.-Me late el corazón más de prisa que de costumbre	1	2	3	4
10.-Me canso sin motivo	1	2	3	4
11.-Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12.-Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13.-Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14.-Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15.-Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16.-Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17.-Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18.-Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19.-Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
20.-Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1